

# Versicherung

## für Bewerber aus anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union

für die Wahl des  
am

|                 |
|-----------------|
| Amtsbezeichnung |
| Datum           |

in der/im  Gemeinde/Stadt  Verbandsgemeinde  Landkreis

Ort/Landkreis

Ich

|  |            |
|--|------------|
| Familienname   |            |
| Vorname  |            |
| Geburtsdatum   | Geburtsort |
| Beruf oder Stand   |            |
| Anschrift (Hauptwohnung) - Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort |            |

versichere:

– Ich besitze die Staatsangehörigkeit des folgenden Mitgliedstaates der Europäischen Union:

– Ich erkläre, dass ich nach den Rechtsvorschriften des vorgenannten Mitgliedstaates der Europäischen Union nicht vom Wahlrecht ausgeschlossen bin oder infolge Richterspruchs die Wählbarkeit oder die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter verloren habe.

Mir ist bekannt, dass sich nach § 107b des StGB strafbar macht, wer sich als Bewerber für eine Wahl aufstellen lässt, obwohl er nicht wählbar ist.

Ort, Datum

Persönliche und handschriftliche Unterschrift

Nachdruck, Nachahmung und kopieren verboten!  
 Zutreffendes ankreuzen oder in Druckschrift ausfüllen!